

## Bestätigung der Durchführung des Selbsttests

.....  
Name, Vorname

.....  
Klasse

Der Selbsttest soll zweimal pro Woche durchgeführt werden. Im Szenario A wird der Test **montags und mittwochs** vor Schulbeginn **zu Hause** durchgeführt. Im Szenario B montags und mittwochs bzw. dienstags und donnerstags. Bitte planen Sie für die Durchführung eine *Zeitdauer von mindestens 20 Minuten* ein.

Diese Testbestätigung ist an jedem Tag mit in die Schule zu bringen (Auch an Tagen, an denen nicht getestet wurde.). Ein **Schulbesuch** ist **nur mit** ausgefüllter und unterschriebener **Testbestätigung** möglich!

KW	Datum	Testergebnis		Unterschrift*
15		<input type="checkbox"/> positiv	<input type="checkbox"/> negativ	
		<input type="checkbox"/> positiv	<input type="checkbox"/> negativ	
16		<input type="checkbox"/> positiv	<input type="checkbox"/> negativ	
		<input type="checkbox"/> positiv	<input type="checkbox"/> negativ	

\* Unterschrift einer/eines Erziehungsberechtigten / volljährigen Schüler:in. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, den Test am angegebenen Datum durchgeführt zu haben.

## Bestätigung der Durchführung des Selbsttests

.....  
Name, Vorname

.....  
Klasse

Der Selbsttest soll zweimal pro Woche durchgeführt werden. Im Szenario A wird der Test **montags und mittwochs** vor Schulbeginn **zu Hause** durchgeführt. Im Szenario B montags und mittwochs bzw. dienstags und donnerstags. Bitte planen Sie für die Durchführung eine *Zeitdauer von mindestens 20 Minuten* ein.

Diese Testbestätigung ist an jedem Tag mit in die Schule zu bringen (Auch an Tagen, an denen nicht getestet wurde.). Ein **Schulbesuch** ist **nur mit** ausgefüllter und unterschriebener **Testbestätigung** möglich!

KW	Datum	Testergebnis		Unterschrift*
15		<input type="checkbox"/> positiv	<input type="checkbox"/> negativ	
		<input type="checkbox"/> positiv	<input type="checkbox"/> negativ	
16		<input type="checkbox"/> positiv	<input type="checkbox"/> negativ	
		<input type="checkbox"/> positiv	<input type="checkbox"/> negativ	

\* Unterschrift einer/eines Erziehungsberechtigten / volljährigen Schüler:in. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, den Test am angegebenen Datum durchgeführt zu haben.